

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

Par FORTUNÉ LABORDE
Né à Ile-sur-Têt (Pyrénées-Orientales), le 1^{er} juin 1864

DE LA
VAGINITE GRANULEUSE
CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Président : M. PINARD, professeur.
Juges : MM. } GABRIEL, professeur.
} LEJARS, WEISS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

Par FORTUNÉ LABORDE

Né à Ille-sur-Têt (Pyrénées-Orientales), le 1^{er} juin 1864

DE LA

VAGINITE GRANULEUSE

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { GARIEL, professeur.
 { LEJARS, WEISS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MON ONCLE ÉTIENNE LABORDE

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON COUSIN ET A MA COUSINE

MONSIEUR ET MADAME CHARLES DUPUY

A MES EXCELLENTS AMIS

MONSIEUR AMBROISE DENÉFLE

Entrepreneur. Constructeur.

MONSIEUR LÉON DABAT

Chef de bureau au Cabinet du Ministre de l'Agriculture.

A MONSIEUR LOUIS PUIBARAUD

Inspecteur Général des Services Administratifs du Ministère de l'Intérieur.
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR GIRARD

Chef du Laboratoire municipal de la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE LA

VAGINITE GRANULEUSE

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

PRÉFACE

Parvenu au terme de nos études, et avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous nous faisons un devoir de rendre un hommage sincère et affectueux à ceux de nos maîtres qui se sont particulièrement intéressés à nous.

Et d'abord que M. le D^r Roux, de l'Institut Pasteur, ce savant éminent dont les merveilleux travaux ont étonné le monde, reçoive l'assurance de ma profonde gratitude pour les excellents conseils et quelquefois les sévères remontrances qu'il n'a cessé de nous donner durant le cours de nos études médicales.

Nous n'oublierons jamais ses bienfaits.

Que M. le professeur agrégé Chantemesse veuille bien

accepter aussi l'expression de notre sincère reconnaissance. C'est auprès de lui que nous avons trouvé un appui et un guide précieux, et bien souvent nous avons eu recours à son inépuisable bonté qui ne nous a jamais fait défaut. Il a été pour nous un maître doublé d'un ami. Aussi nous le porterons toujours dans notre cœur.

Nous ne saurions oublier notre bien cher maître en chirurgie, M. le D^r Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux, qui nous a toujours témoigné la plus vive amitié. Nous n'avons pas à faire ici son éloge, car tous les élèves qui ont été sous sa direction connaissent sa bienveillance, son amabilité et sa rare modestie.

M. le professeur agrégé Albarran nous permettra de le remercier bien sincèrement de tout ce qu'il a bien voulu faire pour nous. Il n'aura pas affaire à un ingrat.

Nous avons eu l'honneur envié d'être l'élève de M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque.

Nous tenons à lui adresser ici l'expression de notre vive gratitude. Il a été pour nous un maître éclairé, il nous a guidé avec une bienveillance toute paternelle, et nous pouvons dire que c'est à lui seul que nous sommes redevable de nos connaissances en obstétrique.

Qu'il veuille bien, en outre, recevoir nos remerciements les plus sincères pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les travaux ayant trait à la vaginite des femmes enceintes sont nombreux dans la littérature médicale. Sans penser à les résumer tous ici, ce qui nous entraînerait en dehors des limites de ce travail, nous nous contenterons de les énumérer en suivant autant que possible l'ordre chronologique, chemin faisant nous signalerons les opinions des principaux auteurs.

Tout d'abord nous trouvons une étude de Deville (1), dans les *Archives de médecine* en 1844, suivie bientôt d'une série de recherches pratiques sur la vaginite par Boys de Loury et Costilhes (2). Pour ces trois auteurs, la vaginite granuleuse des femmes enceintes, que l'on pourrait appeler vaginite papillaire, est une affection plus longue et plus grave à guérir que la forme simple. Cependant, les mêmes auteurs ajoutent un peu plus loin

1. Deville. *Arch. de méd.* 1844.

2. Boys de Loury et Costilhes, 1847. *Gaz. médic. de Paris*, p. 576.

qu'elle n'a pas d'influence fâcheuse sur la grossesse; ils disent qu'elle ne peut pas dans les conditions ordinaires donner des complications d'urétrite pour la mère, ni d'ophtalmie pour l'enfant.

Puis viennent les travaux de Schroder (1) en 1874, et de Schmolling, en 1875, sur ce même sujet.

Avant ces auteurs allemands, Thibierge (3), en France, fit paraître un mémoire dans lequel il parle accessoirement de cette forme de vaginite. Mais il insiste surtout sur une particularité intéressante, la possibilité d'apparition de végétations vulvo-vaginales. Ces végétations qu'on a longtemps considérées comme de nature syphilitique, ne le sont pas toujours et la vaginite de la grossesse peut leur donner naissance sans qu'elles aient rien de spécifique.

Elles apparaissent à toutes les époques de la grossesse comme la vaginite; elles sont surtout fréquentes pendant les derniers mois; enfin elles sont rebelles à tout traitement tant que l'involution utérine n'est pas terminée. Dès que la femme est revenue à son état normal, on verrait au contraire, dans la majorité des cas, ces tumeurs disparaître spontanément.

Leur pédicule se dessèche et elles tombent comme un fruit mûr. Dans certains cas, elles peuvent néanmoins persister et nécessiter un traitement actif, parfois même l'extirpation.

1. Schroder. *Deutsche arch. f. Klin. méd.*, p. 516, 1874.

2. Schmolling. *Dissertation inaug.*, Berlin, 1875.

3. Thibierge. *Arch. de méd.*, 1836, p. 573-584, tome 7.

En 1877, parut la thèse de Montagnard (1) ; dans son ouvrage, l'auteur ne se cantonne pas dans une forme spéciale de vaginite, il prend la question dans son ensemble, étudiant successivement les vaginites aiguës et chroniques.

Nous citerons cependant ses conclusions, car elles diffèrent presque en tous points de celles qu'on admet aujourd'hui et que nous essaierons de discuter et d'établir dans ce travail.

« Il existe, dit-il, une vaginite liée à la grossesse, sur-
« venant par le fait seul de la gestation et que l'accou-
« chement suffit à faire disparaître ».

« La vaginite de la grossesse ne se distingue en rien
« de toute autre vaginite, excepté par son mode de gué-
« rison pour ainsi dire spontané au moment de l'accou-
« chement. »

Ainsi donc pour Montagnard la vaginite des femmes enceintes n'a rien de spécial, et de plus elle n'est pas blennorrhagique, car il ajoute : « Il n'existe pas de virus
« blennorrhagique capable d'engendrer une vaginite viru-
« lente. L'existence de ce virus ne ressort d'aucun fait ; il
« n'est pas nécessaire d'en invoquer l'existence pour
« expliquer les différents phénomènes de la maladie. »

On voit combien Montagnard est loin des idées actuelles ; mais il est juste de dire qu'on avait pas à cette époque les lumières que la bactériologie est venue répandre sur la plupart des maladies.

Le travail le plus important publié sur le sujet qui nous

1. Montagnard. *Th. de Paris*, 1877.

intéresse est peut être celui de Carl Ruge (1) en 1879.

C'est lui qui, l'un des premiers, montra les variétés de vaginites, décrivant spécialement la vaginite granuleuse et la vaginite emphysémateuse au point de vue clinique, donnant une description détaillée des lésions anatomopathologiques qui est restée un véritable modèle. Aussi tous les auteurs modernes citent-ils son nom et lui empruntent-ils la majeure partie de leur anatomie pathologique pour cette maladie.

C'est d'ailleurs à lui que nous aurons recours, nous aussi, dans le chapitre qui va suivre.

Signalons encore de nombreuses et intéressantes publications allemandes de Winckel (2), de Naëcke (3), de Chenevière (4), de Zweifel (5), de Eppinger (6), de Hueckel (7) et de Chiari (8). Tous se rangent à peu de choses près à l'avis de Carl Ruge.

Citons encore les articles « vaginite » des Dictionnaires de Dechambre et de Jaccoud, dans lesquels il est fait mention assez rapide de la vaginite des femmes enceintes.

Martres (9) dans sa thèse parle aussi de vaginite gra-

1. Carl. Ruge. *Zeitsch. f. Geb. und. Gynéc.*, 1879. Bd. II, p. 29 et Bd., IV, p. 133.

2. Winckel. *Arch. f. gyn.* Bd. II, p. 406.

3. Naëcke. — *Id.* — Bd. IX, p. 461.

4. Chenevière. — *Id.* — Bd. XI, p. 331.

5. Zweifel. — *Id.* — Bd. XII, p. 39.

6. Eppinger. *Zeitschr. f. Heilk.*

7. Hueckel. *Virchow's Archiv.* Bd. XCIII. Heft. 2.

8. Chiari. *Prager Zeitschr. f. Heilk.* Bd. VI, p. 81.

9. Martres. Thèse de Montpellier, 1889.

nuleuse mais il se place à un point de vue tout différent du nôtre et ne considère cette forme morbide qu'en dehors de la gestation.

L'année précédente F. Foveau, dans une intéressante thèse sur la vaginite, parle de la forme particulière aux femmes enceintes ; mais il y insiste peu. Toutefois il est juste de dire qu'il discute et admet la nature microbienne de l'affection qu'il croit ne pas être blennorrhagique chez les femmes grosses, tandis qu'elle le serait presque toujours en dehors de cet état. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce travail quand nous parlerons du traitement.

Dans le *Traité de Gynécologie* de Pozzi, la vaginite granuleuse n'est point passée sous silence ; cet auteur insiste sur sa fréquence bien manifeste pendant la grossesse.

Enfin la plupart des traités d'accouchement la signalent aussi avec plus ou moins de détail, préconisant des traitements divers.

Ajoutons, pour être complet, à cette rapide énumération, l'article « vaginite » de M. Michaux, chirurgien des hôpitaux dans le *Traité de Chirurgie*.

Telles sont les principales études que nous avons pu trouver sur la vaginite granuleuse des femmes enceintes, dont nous allons maintenant aborder l'étude.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Les lésions que présente la muqueuse vaginale dans la vaginite granuleuse des femmes enceintes sont bien connues aujourd'hui, surtout depuis les travaux de Carl Ruge (1). C'est lui qui a donné dans son ouvrage sur les vaginites en général la division anatomo-pathologique des formes que l'on a conservé depuis.

Pour lui il existe une vaginite simple, une vaginite granuleuse et une vaginite sénile, variétés auxquelles on a ajouté plus récemment (2) la vaginite emphysémateuse.

La variété de vaginites qui nous occupe, celle des femmes enceintes, étant une vaginite à forme granuleuse, nous en résumerons ici l'anatomie pathologique, nous y ajouterons toutefois celle de la vaginite simple, car elle permet de suivre l'évolution des lésions, le passage de cette dernière forme à la forme granuleuse qui selon l'ex-

1. C. Ruge (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1879, Bd. III, p. 132).

2. Pozzi. *Traité de gynécologie* (page 876).

pression de M. Michaux (1) n'est pour ainsi dire qu'un degré plus avancé de la vaginite simple.

Dans la vaginite simple, aiguë, la muqueuse est rouge et enflammée, elle est le siège d'une riche vascularisation, et elle apparaît rugueuse et tuméfiée. Comme la muqueuse vaginale ne renferme pas de glandes, l'inflammation se borne à atteindre la muqueuse elle-même, entraînant l'hypertrophie de ses papilles et parfois même une infiltration des tissus sous-jacents.

D'après la description de Ruge, la muqueuse, dans la forme simple, reste parfaitement lisse quant à son revêtement épithélial, mais tandis que l'épithélium s'épaissit en certains points, il en est d'autres où il s'amincit. C'est dans ces derniers que les papilles deviennent saillantes et tuméfiées pendant qu'à leur base le tissu conjonctif s'infiltré de petites cellules rondes; les vaisseaux sont dilatés et forme un riche réseau. On rencontrerait souvent dans les cellules migratrices, dans les leucocytes extravasés, des microbes pathogènes qui les ont pénétrés; ce sont le plus souvent des gonocoques de Neisser, mais quelquefois aussi d'autres espèces pathogènes ou saprophytes.

Dans cette vaginite simple les lésions, en somme peu étendues en profondeur, n'ont atteint que la couche épithéliale de la muqueuse.

Dans la vaginite granuleuse il n'en est plus ainsi; les papilles sont infiltrées de globules blancs, elles ont de la tendance à venir au contact les unes des autres et à se

1. Michaux: *Traité de chirurgie* (Tome VIII, p. 303).

fusionner, donnant naissance par leur groupement à des saillies granuleuses qui constituent les granulations caractéristiques de cette variété. L'épithélium prolifère activement, ses cellules se multiplient et ce travail de formation cellulaire est surtout très accentué dans la partie profonde du revêtement épithélial; mais il arrive fréquemment que l'épithélium qui recouvre la granulation s'amincisse prenant un aspect granuleux et que ses éléments se confondent avec le tissu même des papilles agglomérées, si bien qu'il est presque impossible de marquer la limite précise où commence l'un et où finit l'autre.

Cette vaginite, qui est l'une des formes les plus fréquentes de l'inflammation du vagin, n'évolue pas forcément comme nous l'avons vu chez une femme enceinte, mais il n'en reste pas moins certain que la grossesse entre en ligne de compte pour une grande part dans sa production, en gênant la circulation veineuse en retour et en rendant le vagin un milieu de culture plus favorable au développement des microbes qu'en dehors de la gestation.

Si elle évolue avec une allure assez vive dans certains cas elle peut aussi passer à l'état subaigu ou même chronique. Tout au moins elle peut persister pendant toute la durée de la grossesse, mais il est rare de la voir continuer d'une façon rebelle après l'accouchement, et le fait même de cette guérison rapide, lorsque l'utérus est délivré, est une preuve indéniable, nous semble-t-il, de l'influence très marquée qu'a la grossesse sur la manifestation et la marche de la maladie.

Dans les cas où la maladie persiste avec une marche

chronique, l'aspect de la muqueuse change un peu. La muqueuse du vagin perd sa coloration rouge vif de la phase aiguë, elle prend au contraire une teinte bleuâtre, violacée, livide. Les lésions n'ont pas de tendance envahissante, elles se localisent bien plus même que dans la forme aiguë, et finissent par se réfugier pour ainsi dire vers la paroi postérieure du vagin et plus particulièrement vers les culs-de-sac antérieur et postérieur qui par leur profondeur et leur situation sont les plus aptes à favoriser la stagnation des liquides contaminants. Aussi A. Guérin et Martineau, qui considèrent cette affection comme étant presque exclusivement de nature gonococcique, l'ont-ils appelée blennorrhagie des culs-de-sac. Ajoutons enfin que pour M. Bouilly cette vaginite chronique serait une des causes fréquentes de prolapsus vaginal.

Mais que la marche soit aiguë ou chronique, la vaginite des femmes enceintes peut aller plus loin encore, et les auteurs modernes insistent sur ce fait important qu'elle peut donner naissance à des végétations vaginales qui n'ont rien de nécessairement spécifique, et que le médecin doit bien connaître pour éviter toute méprise dans des cas semblables.

Ainsi donc, pour nous résumer, la vaginite simple pourrait être considérée comme un premier degré de l'inflammation du vagin ; puis gagnant vers la profondeur elle donnerait naissance au degré suivant, à la vaginite granuleuse, particulièrement fréquente dans la grossesse ; enfin, dans cette forme, l'inflammation est suscep-

tible d'arriver jusqu'à la production de végétations sur la muqueuse du vagin.

A côté de cette forme de vaginite granuleuse il en existe une autre, qui est aussi plus spéciale aux femmes en gestation, et qui doit nous arrêter un moment.

Elle aussi a une apparence granuleuse, mais son anatomie pathologique est très différente de celle que nous venons de rappeler. Nous voulons parler ici de la vaginite emphysémateuse, si bien décrite par Winckel sous le nom de colpohyperplasie kystique ou de pachyvagininite kystique.

Là il se produit de l'inflammation de la muqueuse avec hyperplasie des papilles qui deviennent saillantes comme dans la forme précédente, mais d'une façon bien moins accentuée; puis bientôt ces papilles se creusent de petites lacunes que remplissent un liquide kystique et des gaz. Il en résulte que l'on aperçoit des sortes de vésicules qui peuvent donner une sensation de crépitation gazeuse fine, d'où le nom de vaginite emphysémateuse. Ces vésicules peuvent aussi se dessécher et se flétrir, ou bien au contraire se rompre en laissant à leur place de petites ulcérations. Les gaz semblent provenir de la décomposition des éléments anatomiques enflammés, et pour Ruge, ils seraient infiltrés dans les mailles du tissu conjonctif et non pas dans de véritables cavités kystiques. Les auteurs les plus récents ont en outre tendance à admettre que les gaz peuvent s'infiltrer également dans la cavité dilatée des vaisseaux lymphatiques capillaires qui seraient en partie comblés par des cellules endothéliales tuméfiées.

Ces vaginites emphysémateuses ont d'ailleurs été l'objet

de nombreuses recherches, surtout de la part des auteurs allemands.

En 1886, Breisky (1) décrit une forme de vaginite spéciale à la femme enceinte ou tout au moins particulièrement fréquente chez elle. Il en fait une vaginite folliculaire qu'il différencie de la forme papillaire, en s'appuyant sur les travaux d'Eppinger, de Heitzmann et de Birch-Hirschfeld. Cette dénomination lui semble justifiée par l'analogie qui existe entre les amas circonscrits de petites cellules dans la couche superficielle de la muqueuse et les follicules lymphatiques. Depuis, Chiari dans ses travaux a encore insisté sur cette ressemblance.

Mais au point de vue anatomique, Breisky décrit encore une autre forme de vaginite dans la grossesse, c'est la forme emphysémateuse proprement dite, l'emphysème vaginal de Zweifel, la colpohyperplasie kystique de Winckel dont nous avons parlé plus haut. Breisky la range parmi les inflammations simples. De Sinéty au contraire pense qu'elle doit rentrer dans la catégorie des kystes.

Tous les auteurs ne sont d'ailleurs pas d'accord sur la nature et la provenance du gaz que renferment les kystes. Pour Winckel, Chiari, et Eppinger, ce n'est autre chose que l'air atmosphérique pénétrant par les fissurations de la muqueuse et cet emphysème serait en tout semblable à l'emphysème sous-cutané ou à l'emphysème pulmonaire interstitiel.

D'après les recherches de Klauser et de Welponer, cités

1. Breisky (*in Deutsche chirurgie*, Lief, 60).

par L.-H. Petit, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à l'article vaginite, le gaz serait de l'air atmosphérique modifié, contenant moins d'oxygène, car une partie en aurait été absorbée directement par les tissus.

Hilger, par des analyses du liquide vaginal, a décelé dans sa composition la présence de la triméthylamine et Zweifel, se basant sur ce fait, a émis l'opinion que ce corps était la principale origine du gaz kystique.

Lebedeff (1) est cependant tout à fait opposé à cette opinion et il se base sur des examens histologiques. Il aurait trouvé dans la muqueuse hypertrophiée et dans ses papilles des dilatations veineuses et capillaires; il a constaté de l'infiltration du stroma conjonctif, des épanchements sanguins récents, un réseau fibrineux dont les mailles sont remplies par des globules sanguins à divers degrés de dégénération. Enfin les gaz sont contenus dans la poche kystique. Pour lui le point de départ des kystes est la congestion passive de la muqueuse vaginale entraînant l'ectasie veineuse et capillaire : il se ferait de petites hémorrhagies autour des capillaires, et les gaz résulteraient des transformations de ces foyers hémorragiques ; ce seraient des produits de la régression des liquides épanchés.

Quoiqu'il en soit de ces diverses théories, il n'en reste pas moins avéré que la forme emphysémateuse de la vaginite existe et qu'elle est très rare en dehors de la grossesse. La muqueuse vaginale présente dans ces cas

1. Lebedeff, *Arch. für gynæk.*, t. XVIII, p. 132.

des saillies séparées par des sillons que Winckel compare à des grains de maïs sur leur épis.

Ces vésicules semi liquides, semi gazeuses, peuvent se rompre et se transformer momentanément en de petites ulcérations. Elles peuvent donner naissance à des végétations bénignes ou papillomes développés sur les parois du vagin irritées par le contact prolongé d'une sécrétion muco-purulente.

Elles peuvent aussi se dessécher sous forme de squames (Pozzi).

Tel est, rapidement résumé, l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie pathologique des vaginites granuleuses des femmes enceintes. Telles sont les diverses théories proposées pour expliquer les lésions. Disons cependant en terminant que presque tous les auteurs modernes semblent se rattacher sur ce point à l'opinion de Carl Ruge que nous avons exposée dans ce chapitre.

CHAPITRE III

Étiologie et pathogénie.

L'influence de la gestation sur la production de la vaginite granuleuse ne paraît guère aujourd'hui pouvoir être mise en doute. Ce fait nous semble incontestable si l'on regarde quelles proportions considérables de femmes enceintes sont atteintes de cette affection. Du reste, ceci a bien frappé les auteurs depuis déjà longtemps et la vaginite granuleuse, après avoir été signalée comme particulièrement fréquente pendant la grossesse, a conduit les accoucheurs à en décrire une forme dite « vaginite des femmes enceintes ».

Son existence est donc avérée, et si la vaginite granuleuse a pu être observée en dehors de la gestation, c'est bien cependant pendant cette période de la vie de la femme qu'on la rencontre le plus communément.

La forme de l'inflammation vaginale, son évolution, l'écoulement purulent qu'elle entraîne, conduisent presque fatalement à admettre qu'elle est de nature microbienne.

Si le fait a pu jadis être contesté, il nous semble aujourd'hui bien établi. Toute inflammation suivie d'un écoulement purulent est sous la dépendance de germes septiques, c'est là une donnée contre laquelle on ne saurait s'élever à notre époque. D'ailleurs, l'examen bactériologique du liquide de l'écoulement vaginal ne permet pas de doute à cet égard.

Mais si la vaginite de la gestation est une maladie microbienne, avant de discuter sa nature intime, il convient de se demander comment et pourquoi cette infection locale est surtout fréquente pendant que l'utérus est gravide ; c'est ce que nous allons essayer de montrer dans un moment.

Une chose montre bien encore l'influence causale de la grossesse sur la vaginite granuleuse : c'est la disparition rapide de la maladie après l'accouchement, qu'il y ait eu un traitement ou non. Lorsque l'utérus a expulsé l'œuf arrivé à maturité, cette vaginite qui jusque-là s'était montrée rebelle et résistait aux méthodes communes de traitement, disparaît d'une façon presque spontanée ; elle perd subitement son caractère de ténacité, elle se modifie à peu près d'elle-même.

Enfin les femmes qui ont une vaginite gravidique et qui ne sont pas traitées peuvent donner à l'enfant de l'ophthalmie purulente, par contamination directe au moment de l'accouchement. N'en est-ce pas assez pour prouver et jusqu'à l'évidence la nature microbienne de cette maladie

Les modifications de la muqueuse vulvo-vaginale pendant la grossesse sont d'ailleurs favorables au développe-

ment des microbes, et l'on comprend que, dans des conditions semblables, les espèces bactériennes saprophytes du vagin, ou les espèces pathogènes qui s'y trouveraient par hasard avec une faible virulence, à l'état latent pour ainsi dire, puissent se développer alors et prendre une plus grande virulence. De même on comprend qu'une ancienne infection gonococcique par exemple qui semblait éteinte sans l'être absolument, se réchauffe en quelque sorte et reparaisse aiguë.

La grossesse apporte dans les organes génitaux de la femme de grands changements; tant au point de vue de la circulation qu'aux points de vue nutritif, fonctionnel et même anatomique, c'est ainsi que le vagin s'hypertrophie et augmente dans toutes ses dimensions, en même temps que ses fibres musculaires se multiplient et que ses replis muqueux s'accroissent.

Le système vasculaire y prend un développement très considérable, aussi la muqueuse est-elle congestionnée; elle perd sa coloration rosée pour prendre une teinte plus foncée et violacée. Enfin la vascularisation peut devenir assez intense pour que le doigt introduit dans le vagin y sente de véritables pulsations isochrones avec le pouls; c'est ce que Osiander a décrit sous le nom « de pouls vaginal. »

Nous n'insisterons pas sur les modifications vulvaires qui sont analogues à celles du vagin, mais nous ferons remarquer que ce qui domine c'est la vascularisation congestive avec gêne de la circulation veineuse en retour. Cet état est du reste sous la dépendance de l'état de l'utérus, aussi le retrouve-t-on, bien que moins accusé

à l'approche de l'époque menstruelle et dans les cas de tumeurs du petit bassin.

On comprend aisément que dans cette région vaginale, dont la nutrition est changée momentanément, milieu tiède et humide, les microbes puissent se développer dans des conditions plus favorables qu'en dehors de la gestation. Pour Pozzi qui se rattache à cette opinion ainsi que plusieurs autres auteurs, l'influence prédisposante de la grossesse agirait surtout par la stagnation et la décomposition des sécrétions de la muqueuse qui deviennent comme on le sait plus abondantes normalement à cette époque, du fait même des changements circulatoires.

Nous croyons donc pouvoir considérer comme établi que la grossesse favorise la vaginite en modifiant le vagin qui devient un milieu plus propice aux cultures.

On ne nous objectera pas les recherches de Winckel qui a démontré que le vagin est normalement habité par de nombreuses espèces microbiennes dont quelques-unes sont pathogènes, nous répondrions en effet que la bouche et les fosses nasales d'individus sains contiennent presque toujours du pneumocoque et pourtant qui songerait à nier que ce microbe détermine la pneumonie. Celle-ci se déclare soudain à l'occasion d'un refroidissement par exemple qui modifie le milieu et permet l'augmentation de virulence et la colonisation active du pneumocoque. N'en peut-il pas être ainsi du côté de la muqueuse vaginale?

On sait combien est fréquente l'infection blennorrhagique chez la femme; elle l'est d'autant plus que sa symp-

tomatologie moins vive que chez l'homme la laisse souvent passer inaperçue. Or, il est certain que les gonocoques peuvent, comme dans la goutte militaire de l'homme, se retrancher chez la femme dans les anfractuosités du vagin et y demeurer pour ainsi dire à l'état latent jusqu'à ce qu'une occasion favorable vienne tout à coup exalter leur virulence et réveiller une affection ancienne mal éteinte.

Nous croyons donc que dans la majorité des cas la vaginite de la grossesse est le retour offensif de l'infection gonococcique. Les auteurs ont beaucoup discuté pour savoir en quelles parties l'agent pathogène est relégué pendant cette période de latence. Les uns pensent qu'il se localise dans les culs-de-sac du vagin, surtout dans le cul-de-sac postérieur mieux disposé pour que les liquides puissent y stagner habituellement. Bumm (1) au contraire rejette cette opinion; il admet que le gonocoque se cantonne plutôt sur le col utérin, ou dans sa cavité, ou encore, bien que plus rarement, dans le canal de l'urèthre, et ce serait de là qu'il partirait pour produire l'infection. Pour lui l'épithélium cylindrique du col, plus fragile, plus vulnérable, serait un lieu d'élection pour les microbes.

L'opinion de Bumm a d'ailleurs été confirmée depuis par les recherches de Eraud (2) qui a trouvé beaucoup plus souvent le gonocoque dans le col que dans le vagin.

Au contraire pour Steinschneider (3) ce serait dans l'u-

1. Bumm. *Archiv. f. Gyn.*, 1884. Bd XXII, p. 327.

2. Eraud. *Lyon médical*, 22 juillet 1838, et *Province médicale*, 9 nov. 1888.

3. Steinschneider. *Berliner. Klin. Wochenschr.*, 1887, n. 17.

rèthre qu'on les rencontrerait le plus souvent ; c'est aussi l'opinion de Fabry (1).

Quoiqu'il en soit de cette localisation des gonocoques il n'en reste pas moins certain qu'ils doivent être mis en cause dans la majorité des cas ; et cela d'autant plus vraisemblablement que Bumm a fait cette remarque intéressante et curieuse, que la grossesse provoque toujours une prolifération abondante des gonocoques, alors même que l'infection blennorrhagique paraissait depuis longtemps éteinte.

Est-ce à dire cependant que toute vaginite granuleuse pendant la gestation est un signe certain de blennorrhagie antérieure, et qu'elle soit toujours due au microbe de Neisser ? Ce serait évidemment aller trop loin. — Pour fréquente que soit cette infection particulière, elle ne peut répondre à tous les cas et l'on conçoit d'ailleurs qu'une vaginite de la grossesse puisse être déterminée par toute autre espèce pyogène, pour les mêmes raisons que nous avons invoquées à propos du gonocoque.

Donc la vaginite granuleuse peut dépendre d'une espèce microbienne quelconque, mais néanmoins c'est cette dernière que l'on rencontre le plus communément.

Quant à la persistance de l'affection, qui reste rebelle à tout traitement au dire des auteurs pendant toute la durée de la grossesse, il n'y a rien là qui puisse nous étonner, puisque la modification du milieu persiste pendant toute la durée de la gestation.

Enfin, le siège de l'inflammation, son intensité, les frot-

1. Fabry. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888, n. 43.

tements des lèvres vulvaires dans la marche par exemple, la stagnation d'un liquide infectieux et abondant, sont autant de raisons qui nous expliquent la production de ces végétations vaginales et vulvaires sur lesquelles insista si bien Thibierge dans son mémoire.

Comme la vaginite, ces végétations, une fois produites seront nécessairement rebelles au traitement qu'on leur opposera et disparaîtront plus tard d'elles-mêmes lorsque la grossesse sera terminée.

CHAPITRE IX

Symptômes et complications.

La symptomatologie de la vaginite granuleuse gravidique est connue ; les auteurs en ont donné de nombreuses descriptions, aussi ne nous y attarderons-nous pas : nous allons seulement résumer rapidement les divers signes de l'affection. Nous verrons ensuite la marche qu'elle peut suivre et les complications qu'elle est susceptible d'entraîner. Ce serait ici le lieu de placer les observations que l'on a coutume de faire figurer dans une thèse. Mais, comme nous en aurions un nombre trop considérable, nous nous contenterons de les citer en bloc, sans entreprendre de répéter pour chacune une description symptomatique plus ou moins banale.

C'est d'ailleurs bien plutôt sur le traitement de la vaginite granuleuse que nous nous proposons d'insister que sur sa symptomatologie à laquelle nous n'aurions rien de nouveau à ajouter.

Il est extrêmement fréquent de constater chez la femme enceinte un écoulement leucorrhéique qui devient surtout

abondant pendant les derniers mois de la grossesse. C'est un liquide blanchâtre, épais, qui prend quelquefois une coloration verdâtre et devient purulent ou sanguinolent, empesant le linge qu'il tache et lui donnant une odeur forte et désagréable. Ceci peut avoir lieu en dehors de toute vaginite.

Dans la vaginite granuleuse, on remarque d'abord, en général, que la muqueuse vaginale s'enflamme en même temps qu'il y a de la leucorrhée; les femmes accusent une sensation de chaleur âpre et douloureuse dans le vagin; la muqueuse est rouge et gonflée, et l'écoulement du liquide qu'elle laisse suinter augmente. Ce liquide par son contact irritant peut déjà déterminer de la tuméfaction œdémateuse, des excoriations des organes génitaux externes, de la racine des membres inférieures.

Il y a de la démangeaison plus ou moins vive, une sensation de brûlure, des douleurs assez intenses et très pénibles.

Le premier degré qui constitue ce que l'on décrit comme vaginite simple est la première étape vers la forme granuleuse. En effet, on peut bientôt constater la présence de petites saillies granuleuses souvent innombrables sur la muqueuse du vagin.

Au toucher on sent nettement sous la pulpe de l'index de véritables petites granulations très facilement appréciables, et dont le volume est essentiellement variable. Au début on a la sensation que la muqueuse est râpeuse, rude et comme chagrinée, puis les granulations sont perçues avec netteté.

La vue de la muqueuse ne nous apprend rien de plus

que le toucher, aussi vaut-il mieux éviter de se servir du spéculum dont l'introduction devenue douloureuse est absolument inutile dans le cas particulier. Lorsqu'on l'emploie cependant on constate des granulations saillantes dont le volume varie de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un grain de millet. Elles sont disséminées sur les parois vaginales et parfois plus abondantes vers les culs-de-sac. Ces granulations émergent pour ainsi dire au milieu de l'écoulement abondant qui les baigne.

Telle est la façon la plus habituelle dont s'établit la vaginite granuleuse; mais elle peut revêtir au début une allure moins vive et ne se traduire que par une légère sensation de chaleur et de prurit avec un écoulement purulent très abondant.

A côté de cette forme de vaginite il en existe une autre qui est également granuleuse et fréquente pendant la grossesse, c'est la vaginite emphysémateuse, ou colpo-hyperplasie kystique de Winckel.

Ici, le vagin est rendu inégal par la production de petites saillies granuleuses remplies de gaz et du liquide kystique.

Les granulations peuvent devenir bien plus volumineuses que dans la forme précédente et elles varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celui d'une noisette.

Elles peuvent occuper toute la hauteur du vagin; mais souvent elles se groupent par 5 ou 10 agglomérées. Au toucher on a une légère sensation de rénitence et d'irrégularité. Au spéculum on constate également la différence qu'il y a entre ces granulations et celles dont nous avons parlé à l'instant.

Si l'on pique avec précaution une de ces petites saillies elle crève et s'affaisse en laissant écouler un peu de liquide. Elle éclate quelquefois avec un bruit que l'oreille peut percevoir.

Chenevière aurait vu en piquant une seule de ces vésicules toutes les autres du même groupe s'affaisser, ce qui prouverait que leurs cavités sont parfois intercommuniquantes dans un même ilot.

Cette forme de vaginite n'a pas de phénomènes aigus ; elle s'établit progressivement, et les seuls signes par lesquels elle se révèle sont une leucorrhée très abondante et très rebelle, et d'autre part, l'examen local dont nous venons de rappeler les caractères.

Que la vaginite ait eu un début aigu avec de vives douleurs comme nous l'avons décrit, pour devenir ensuite subaiguë ou chronique, ou bien qu'elle s'établisse d'emblée avec une marche chronique, on arrive toujours à la forme caractérisée par l'écoulement abondant et l'état local, les douleurs étant à peu près nulles. Mais comme cet état se prolonge tout le temps de la grossesse, on peut voir survenir de petites poussées aiguës plus ou moins vives.

Enfin, pendant ce temps peuvent survenir quelques complications.

Pendant la grossesse, il peut y avoir extension de l'inflammation jusque vers le canal de l'urèthre et la vulve. Il y a alors des douleurs très vives, avec une cuisson ardente en urinant. L'urine elle-même peut se modifier, la brièveté de l'urèthre féminin pouvant, chose assez rare

dans ce cas, il est vrai, laisser l'inflammation gagner la muqueuse vésicale.

La glande de Bartholin peut elle aussi être infectée et s'enflammer.

Enfin, le contact irritant continu du pus peut entraîner de l'érythème, de l'intertrigo, des excoriations avec tuméfaction et œdème de la vulve ; mais surtout il peut déterminer la production de ces végétations non spécifiques dont parle Thibierge. Ce sont des houppes rosées ou rouges plus ou moins nombreuses portées par un pédicule à leur point de fixation et présentant des renflements terminaux en forme de choux-fleurs.

Tantôt ces végétations restent disséminées, tantôt elles se groupent et peuvent ainsi former de volumineuses masses grosses comme les deux poings quelquefois.

C'est surtout sur la muqueuse vulvo-vaginale qu'on les trouve, mais elles peuvent aussi se développer, surtout lorsqu'elles sont exubérantes, sur la face externe des grandes lèvres, autour de l'anus, dans les sillons interfessiers et génito-cruraux. On en aurait même vu qui prenaient leur point d'attache sur la muqueuse du museau de tanche.

Ces végétations entraînent du prurit, de la douleur assez vive, et l'écoulement devient encore beaucoup plus abondant. Elles donnent une odeur très désagréable et repoussante ; mais en réalité, quel que soit leur volume, elles ne mettent point obstacle à l'accouchement.

Au moment de l'accouchement des complications plus sérieuses peuvent survenir si l'on n'a pas eu soin de prendre des précautions minutieuses d'antisepsie, et si la

femme n'a pas suivi un traitement antérieur durant la gestation.

Pendant le travail le pus peut pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques de la mère et devenir le point de départ d'une lymphangite septique souvent très grave.

Le pus peut encore contaminer les yeux de l'enfant au passage et l'on verra bientôt apparaître l'ophtalmie purulente avec les conséquences graves qu'elle est susceptible de comporter si l'on n'agit pas d'une façon active contre elle; telles les opacités de la cornée par exemple.

Toutefois il faut distinguer, comme nous l'avons souvent entendu répéter à notre maître, M. le professeur Pinard, deux sortes d'ophtalmie purulente, celle qui survient immédiatement après la naissance dans les 24 ou 48 heures qui suivent, et celle qui survient sept à huit jours plus tard. Dans la première il n'est pas douteux que la contagion n'ait eu lieu au moment de la traversée vaginale. Dans le second cas, au contraire, cela semble difficile à admettre et on est autorisé, nous semble-t-il, à chercher autre part la cause de cette ophtalmie.

Après l'accouchement il est de règle presque absolue de voir disparaître tous les accidents de la vaginite. Les granulations s'effacent après s'être flétries, les vésicules se dessèchent ou se crévent; enfin les végétations elles-mêmes diminuent, leur pédicule se dessèche et elles tombent d'elles-mêmes.

Bien entendu l'écoulement disparaît avec les modifications locales.

Cependant dans des cas exceptionnels on a vu persis-

ter tous les accidents et la maladie revêtir franchement la forme chronique.

Mais alors on peut avoir recours à des traitements énergiques, n'étant plus retenu par l'état de gravidité ; ainsi pour les végétations on pourra les exciser ou les cureter.

Pour ce qui est de la fréquence de la vaginite granuleuse, nous nous reporterons d'abord à la statistique de Longhena qui porte sur 336 femmes enceintes. 36 avaient de la vaginite granuleuse ; c'est donc une proportion de 9,33 pour cent. Les femmes primipares y seraient plus sujettes d'après Engel qui arrive à la proportion de 33 primipares sur 40 malades, Longhena sur 36 en trouvait 29 primipares.

Nous ferons ici remarquer que dans le service de M. Pinard nous n'arrivons pas à la même proportion, il s'en faut de beaucoup ; ceci doit s'expliquer à notre sens par ce fait que des injections de chloral et des soins de propreté spéciaux sont de suite recommandés aux femmes dès qu'elles ont de la leucorrhée un peu abondante.

En 1893, nous n'en avons trouvé que quatre cas sur 1920 accouchements faits dans l'année. L'un a eu lieu au mois de juin et l'enfant a eu l'ophtalmie purulente au bout d'un jour et demi. Un autre s'est produit en juillet ; l'enfant a eu de l'ophtalmie purulente double mais qui a débuté huit jours après l'accouchement.

En septembre et en décembre, nous en trouvons deux cas, sans ophtalmie des nouveau-nés.

Pendant l'année 1894, où il a été fait 2093 accouche-

ments, il y a eu 16 cas de vaginite granuleuse, mais aucun n'a entraîné d'ophtalmie des nouveau-nés.

Enfin, en 1895, nous trouvons en janvier cinq cas, en février deux, en mars 1 et en avril 1 ; pas plus qu'en 1894, ces cas n'ont été suivis d'ophtalmie purulente.

Nous résumons dans un tableau ces statistiques pour les faire mieux ressortir.

Statistique de l'année 1893.

Nombre d'accouchements	Nombre de vaginites granuleuses	Nombre d'ophtalmie des nouveau-nés dans les cas de vaginite
1820	Janvier	0 0
	Février	0 0
	Mars	0 0
	Avril	0 0
	Mai	0 0
	Juin	1 1
	Juillet	1 1
	Août	0 0
	Septembre	1 0
	Octobre	0 0
	Novembre	0 0
	Décembre	1 0
	TOTAL	4 2

Statistique de l'année 1894.

Nombre d'accouchements	Nombre de vaginites granuleuses	Nombre d'ophtalmie des nouveau-nés dans les cas de vaginite
2093	Janvier 1	 0
	Février. 0	 0
	Mars. 0	 0
	Avril. 1	 0
	Mai 3	 0
	Juin 0	 0
	Juillet 1	 0
	Août. 2	 0
	Septembre . . . 0	 0
	Octobre 3	 0
	Novembre . . . 3	 0
	Décembre . . . 2	 0
	TOTAL . . . 16	TOTAL . . . 0

Nous ne pouvons faire ici un pourcentage comparable à celui des années précédentes dans l'année 1895 qui n'est pas terminée ; cependant nous y avons relevé les cas suivants :

Vaginites granuleuses	Ophtalmie des nouveau-nés
Janvier 5	 0
Février 2	 0
Mars. 1	 0
Avril 1	 0

A côté de ces tableaux et avant de commencer l'étude du traitement, il nous a paru intéressant de placer un grand tableau qui donne les résultats obtenus par notre maître, M. le professeur Pinard, dans son service d'accouchements tant à Lariboisière qu'à Baudelocque depuis l'année 1883 jusqu'à l'année 1894. En publiant ces résultats remarquables, nous avons voulu rendre hommage au talent de notre maître et nous acquitter en quelque sorte, quoique bien imparfaitement, de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui.

Années	Nombre de femmes entrées dans le service	Mortalité		Pourcentage	Mortalité par		Pourcentage
		totale	La mortalité totale comprend les femmes enceintes		septicémie	La mortalité par septicémie comprend accouchement et avortement	
Lariboisière.							
1883	868	13	1,49	12	1,38		
1884	681	17	2,78	7	1,13		
1885	757	15	1,98	6	0,79		
1886	616	9	1,45	4	0,65		
1887	754	9	1,19	0	0,10		
1888	1262	13	1,02	7	0,55		
Baudelocque.							
1889	106	1	1, »	Installation à la clinique Baudelocque			
1890	1244	9	0,72	4	0,32		
1891	1654	20	1,20	6	0,33		
1892	1834	8	0,49	5	0,27		
1893	1920	14	0,72	8	0,42		
1894	2139	9	0,42	4	0,18		

CHAPITRE V

Traitement.

Les traitements proposés pour combattre la vaginite des femmes enceintes et les vaginites en général sont excessivement nombreux et variés ; mais ils sont loin d'avoir tous la même valeur et bon nombre sont rapidement tombés dans l'oubli le plus complet et l'abandon le mieux justifié.

Nous allons jeter un rapide coup d'œil sur ces méthodes thérapeutiques avant de parler de celles que nous avons vu employer à la clinique de la maison d'accouchement de Baudelocque, dans le service de notre maître, M. le professeur Pinard, et dont nous avons eu le loisir de constater les heureux résultats.

Nous avons trouvé dans les thèses de Foveau, de Marcel Henry et de Jullien, de nombreux renseignements sur les essais thérapeutiques.

Le traitement peut être divisé en local et en général, ce dernier ne présentant rien de spécial nous n'y insiste-

rons pas ; il peut se résumer en trois mots « hygiène, repos, propreté ».

Comme traitement local on a conseillé l'emploi des astringents, des émollients, des balsamiques, des caustiques et des antiseptiques.

1^o *Emollients.*

Nous ne ferons que citer les boissons émollientes données en abondance, telles que l'eau de graine de lin, et les décoctions du mucilage, qui ont été surtout conseillées dans le cas où la vaginite s'accompagne d'urétrite intense.

Les injections vaginales émollientes employées le plus souvent sont les injections de graine de lin, d'amidon ou encore de guimauve.

Ensuite viennent les bains émollients entiers, particulièrement les bains de son et d'amidon.

Ricord était très partisan des bains, mais il y joignait des injections à prendre dans le bain même.

Martineau, remarquant que le bain entier était absolument inefface localement, que le liquide n'arrivant pas plus loin que les lèvres de la vulve entr'ouvertes ne pouvait avoir qu'une action illusoire, imagina l'emploi du spéculum fenêtré ou grillagé dans le bain, pour permettre au liquide de pénétrer plus avant dans le conduit vaginal.

C'est Fournier qui mit en usage les tampons, les sachets,

les paquets de charpie, les éponges préalablement imbibés d'un liquide émollient.

Quant aux bains locaux, les bains de siège par exemple, qu'on avait autrefois essayés, il ne sont pas seulement inutiles, mais encore nuisibles, comme l'ont démontré Durand Fardel et A. Guérin.

2° *Astringents.*

Becquerel et quelques auteurs ont vanté les bons effets du tannin. D'autres lui ont préféré l'infusion de feuilles de noyer qui agissent du reste par le tannin qu'elles contiennent. Les injections faites avec la décoction de ces feuilles sont encore employées par plusieurs médecins à l'heure actuelle, dans les proportions de 20 à 30 grammes de feuilles pour 1000 grammes d'eau.

Certains auteurs, cherchant à la fois une action astringente et un corps isolant, pour éviter les frottements continuels des parois vaginales, ont proposé de bourrer le vagin avec du tan (Fournier); d'autres ont employé le sous-nitrate de bismuth; tous ces moyens qui, d'ailleurs, n'ont pas été spécialement prescrits contre la vaginite granuleuse, ni surtout contre celle des femmes enceintes, n'ont donné aucun résultat satisfaisant, bien au contraire, aussi sont-ils complètement abandonnés de nos jours.

Les injections d'alun à 4 pour 200 et l'application de tampons alunés, ont encore des partisans.

Ricord préférerait l'emploi du sous-acétate de plomb.

Signalons encore les injections d'alcool, camphré ou

non, qui sont de mauvaises méthodes, comme l'ont bien exposé Batailhi, Ramlow et Rabuteau.

3° *Balsamiques.*

A. Guérin a été l'un des premiers à s'élever contre leur emploi à l'intérieur ; il se refusait absolument à prescrire le copahu à l'intérieur dans la vaginite.

Velpeau prescrivait le copahu en lavement à la dose de 2 à 6 grammes.

Ricord et Hardy ont même été jusqu'à conseiller des injections balsamiques, mais ce traitement n'a jamais réussi.

On a successivement essayé les injections d'huile thérébentinée, de baume de copahu ; Velpeau a tenté de se servir du cubèbe, Martineau et Vidal du baume de gurgum, sans plus de succès d'ailleurs. Aussi l'on peut dire que les balsamiques sont tombés de nos jours au rebut quant à cet usage.

4° *Caustiques.*

Beaucoup d'auteurs s'étaient rattachés à cette méthode, mais si elle donne de bons résultats, il est juste de dire qu'elle n'est guère applicable pendant la grossesse.

On s'est servi du nitrate d'argent sous forme de crayons, de badigeonnages et d'injections.

Le titre des solutions a été varié à l'infini avec les auteurs. Par exemple Cullerie préférait la formule suivante :

Nitrate d'argent..... 0,60 centigrammes.
Eau..... 30 grammes.

Becquerel voulait une solution beaucoup plus forte qu'il formulait :

Nitrate d'argent }
Eau..... } à 50 grammes

Martineau se servait d'une solution au trentième, etc.
Nous ne voulons pas multiplier les exemples.

5° *Méthode antiseptique.*

Foveau, d'après Jullien et Balzer, divise ce mode de traitement en deux paragraphes : 1° Antisepsie passagère. 2° Antisepsie permanente. Nous conserverons cette division qui pourra être applicable au nouveau traitement que propose M. le professeur Pinard.

Comme antisepsie passagère, nous trouvons d'abord signalés les bains, simples ou médicamenteux, bains de son, bains d'amidon, etc., etc. Ce sont des adjuvants qui peuvent être utiles, mais à la condition que ce soient des bains entiers et non des bains locaux, bains de siège par exemple.

Les injections constituent la presque totalité des moyens antiseptiques passagers ; on les donne avec un réservoir élevé de façon à produire une chute de 1, 2 ou 3 mètres, mais chez la femme enceinte, il faut s'en tenir à une faible pression pour ne pas s'exposer à provoquer des

contractions expulsives de l'utérus. Pour certains auteurs, la femme doit prendre cette douche vaginale, étant dans le décubitus dorsal, pour d'autres, cette précaution serait inutile.

Mais où les opinions divergent, c'est surtout lorsqu'il s'agit de déterminer la solution antiseptique à employer. Les uns se contentent d'eau bouillie tiède, d'autres emploient des solutions astringentes, au tannin, à l'alun et au sulfate de zinc, mais ces dernières ont été délaissées comme mauvaises.

Siredey emploie le coaltar saponiné, qui est à la fois antiseptique et désinfectant; cet auteur conseille même au besoin, de placer dans le vagin de petits tampons imprégnés dans cette solution.

Nous rapprocherons de ces injections, celles de permanganate de potasse, qui à doses faibles (2, 4, 5 p. 1000) est un bon antiseptique et un excellent désinfectant, il a, d'ailleurs, l'avantage de n'être point caustique.

Audeer avait arrêté son choix sur la résorcine en solution à 2 ou 4 pour 100. Cette substance antiseptique que Martineau employait souvent est encore en usage dans plusieurs services et notamment dans celui de M. Fernet.

L'acide phénique à 1 pour 100 a également été essayé ! Il en est de même du sublimé à 1 pour 2, 3 et 4000.

Il est encore un autre liquide dont Martineau voulut tenter les effets, c'est l'eau oxygénée. Empressons-nous de dire que l'absence de tout résultat favorable a fait justice de cette méthode.

M. le professeur Pinard avait tenté en 1888 et auparavant des injections de biiodure de Hg. à 1 pour 4000, sur-

tout chez les femmes en couches. Mais ce traitement ne semble pas donner à beaucoup près des résultats aussi manifestes que le traitement dont nous aurons à parler dans un instant, et qui provient du reste du même auteur.

A côté des injections, on a essayé des badigeonnages avec diverses solutions, en particulier avec le nitrate d'argent au 1/50 (Guyon), etc., etc.

Les moyens antiseptiques continus qui ont été tentés peuvent se résumer en trois groupes : les douches prolongées, les applications de poudres, les tampons et suppositoires.

Les douches boriquées abondantes, de 20 et 30 litres, pas plus que les injections phéniquées analogues, ne sont utilisables chez les femmes enceintes, car elles détermineraient des accidents.

Certains auteurs ont essayé des poudres astringentes et antiseptiques, telles que du tannin et de l'acide borique ; mais le résultat obtenu n'a été que médiocre.

Le borate de soude et le benzoate de soude ont été également utilisés ; mais l'expérience a montré qu'il fallait rejeter ces deux substances et surtout la dernière à cause de la cuisson insupportable qu'elle détermine.

Le salol a été vanté par Balzer : il agirait comme isolant, comme antiseptique, et aurait l'avantage de pouvoir être enlevé facilement par une injection vaginale.

Les tampons ont à leur tour servi de véhicule à la plupart des substances que nous avons énumérées jusqu'ici. On a fait des tampons au glycérolé de tannin, des tam-

pons chloralés, phéniqués ; enfin on en a imbibé de solutions de balsamiques (Jullien).

D'autres tampons sont imprégnés de glycérine iodoformée, d'huile salolée, etc., etc. Balzer aurait aussi essayé sans succès les tampons à l'huile naphtolée qu'il a abandonnés à cause des douleurs cuisantes que cette substance produit.

Enfin nous trouvons la formule suivante donnée par Chéron :

Glycérine neutre.....	120 gr.
Acide borique.	80 gr.

Et des essais faits par Balzer avec des tampons préparés au crésyl au 2/100 (on sait que le crésyl est une huile lourde extraite du goudron de houille).

Enfin on a fabriqué des suppositoires vaginaux en forme d'ovules, et chargés de divers antiseptiques.

Les formules les plus communes sont :

{	Iodoforme.....	0,30 centigr.
	Chloral.....	0,25 centigr.
	Grenétine.....	q. s.
{	Iodoforme.....	0,40 centigr.
	Beurre de cacao...	4 grammes.

D'ailleurs la substance antiseptique peut être variée presque à l'infini ; on a surtout employé l'eucalyptus, le salol et le sublimé.

A ces divers modes de traitement, il faut ajouter les moyens proposés pour agir contre les végétations qui peuvent se produire dans la vaginite gravidique.

Guérin conseillait les pâtes caustiques ou les cautérisations avec des liquides; toutefois, il proscrit absolument l'usage de l'acide chromique malgré sa rapidité d'action.

A côté des cautérisations, on a proposé les moyens chirurgicaux, l'excision et le râclage; nous verrons bientôt ce qu'il faut penser de ces méthodes employées pendant la grossesse.

Avant de discuter les divers traitements proposés, il faut se demander quelles sont exactement les indications que pose la vaginite des femmes enceintes. Ici, en effet, il ne s'agit pas d'une femme dans des conditions ordinaires et en traitant la mère on ne doit pas oublier qu'elle porte une autre vie. Avant tout donc, le traitement ne doit pas entraver l'évolution fœtale.

D'autre part on ne saurait demeurer absolument inactif devant cette inflammation vaginale surtout lorsqu'elle détermine chez la femme de vives douleurs.

Nous ne saurions donc nous ranger à l'opinion de ceux qui penchent vers l'expectation pure et simple, et cela d'autant moins qu'en laissant souffrir la mère, en laissant les microbes pyogènes pulluler dans le vagin, on expose le fœtus à contracter une ophtalmie purulente au moment où il traversera la filière génitale.

Le traitement que nous avons vu employer par M. le Professeur Pinard à la clinique Baudelocque répond à toutes ces indications; il modifie l'état local d'une façon remarquable et évite presque toujours l'ophtalmie des nouveau-nés comme on peut le voir dans les statistiques des années 1893, 1894 et 1895.

Ce traitement est à base de chloral; or on sait depuis

les expériences de Miquel, directeur de l'observatoire de Montsouris, que le chloral à la dose de 1 gr. 30 par litre de bouillon de bœuf s'oppose à la putréfaction de ce produit.

On a également démontré qu'à la dose de 4 pour 100 le chloral empêche le développement des streptocoques et staphylocoques pyogènes et qu'à celle de 1 pour 1000 il détruit les mêmes microbes cultivés.

Voici en quoi consiste le traitement dont nous voulons parler. Dès que l'on constate la présence d'une vaginite granuleuse, on fait à la femme une, deux ou trois injections par jour suivant l'intensité de la maladie, avec une solution d'eau chloralée dont le titre est également proportionné au degré de l'inflammation. Souvent les solutions de chloral à 1 ou 2 grammes pour 100 sont suffisantes mais on peut sans nul inconvénient dans les cas accentués employer une solution à 4 ou 5 grammes pour 100.

Ces injections sont données, la femme étant dans le décubitus dorsal, ce qui permet de mieux irriguer les replis et les culs-de-sac du vagin, sans nécessiter une forte pression.

Naturellement, l'introduction de la canule doit être faite avec précaution, et l'injection doit être faite avec une faible hauteur de chute, afin de ne pas s'exposer à provoquer un avortement ou un accouchement prématuré.

Dans tous les cas qu'il nous a été donné de suivre à la clinique, il est vrai que ces précautions ont été bien prises, mais jamais nous n'avons vu survenir le moindre accident ni même la plus légère alerte.

Les douleurs, les sensations de cuisson si vives, sont rapidement calmées; bientôt l'écoulement vaginal lui-même se modifie, il diminue notablement s'il ne disparaît pas toujours d'une façon complète.

Lorsque la vaginite a produit des végétations comme celle dont parle Thibierge, végétations qui envahissent la vulve et prennent l'aspect de véritables choux-fleurs, le chloral est encore indiqué, mais aux injections vaginales il faut joindre l'application de pansements vulvaires renouvelés, avec des compresses trempées dans la solution chloralée. Sous l'influence de ce traitement joint à des soins minutieux de propreté, on peut voir les végétations diminuer notablement de volume.

Quant à les enlever par l'excision ou le curettage c'est là une pratique que l'on ne saurait trop énergiquement proscrire pendant la durée de la grossesse.

On sait la gravité que présente toute opération chirurgicale dans la sphère génitale pendant la gestation. L'infection est facile, les hémorrhagies abondantes à cause de l'augmentation physiologique de la vascularisation. Enfin l'ablation est dans ces cas une opération absolument illusoire; l'écoulement vaginal continuant, la gêne de la circulation en retour persistant avec l'état de gravidité, les végétations se reproduisent rapidement et l'intervention a été sinon nuisible tout au moins inutile. D'ailleurs quelque volume qu'elles atteignent ces productions végétales n'apportent jamais un obstacle sérieux à l'accouchement. Lorsque la femme est revenue dans son état ordinaire et que l'involution utérine est terminée, il est rare que les végétations ne disparaissent pas d'elle-mêmes.

Si alors elles persistaient on pourrait avoir recours à l'ablation, mais à ce moment seulement.

Enfin du côté de l'enfant, certaines précautions devront être prises aussitôt la naissance, pour éviter l'ophtalmie purulente lorsque la mère avait de la vaginite. Aussitôt la naissance, lorsqu'on fait la toilette de l'enfant, on lui savonne soigneusement les yeux et on lave largement avec la solution citrique à 5 0/0.

Si l'ophtalmie apparaît néanmoins, on devra recourir au traitement ordinaire : on lave fréquemment les yeux à l'eau phéniquée faible et l'on fait des cautérisations au nitrate d'argent.

Pendant le dernier trimestre de 1894, on a substitué à ce traitement de l'ophtalmie, les lavages avec la solution faible de permanganate de potasse à l'aide de l'instrument spécial du D^r Kalt. Cette méthode a d'ailleurs été bien exposée par un élève de M. le D^r Pinard, le D^r Fernand Barbary, dans sa thèse en 1895.

En résumé, il faut traiter la vaginite granuleuse par les injections de la solution chloralée et y joindre au besoin l'application des compresses trempées dans ce même liquide et laissées en permanence.

Il faut prendre les précautions sus-indiquées vis-à-vis du fœtus au moment de l'accouchement.

Il ne faut pas intervenir chirurgicalement pendant la grossesse pour enlever les végétations ; elles seront heureusement modifiées par le chloral.

CHAPITRE VI

Conclusions.

De cette étude rapide des vaginites des femmes enceintes nous croyons pouvoir tirer les quelques conclusions qui suivent :

1° La vaginite des femmes enceintes est une maladie microbienne comme toutes les vaginites. Mais il faut ajouter au microbe un second facteur, c'est l'état gravidique avec les modifications génitales qu'il entraîne.

2° La vaginite de la grossesse est le plus souvent une gonorrhée mal éteinte et sa nature est gonococcique. Cependant d'autres espèces pyogènes peuvent aussi, mais plus rarement, la déterminer.

3° Il faut y opposer pendant la durée de la grossesse le traitement par des injections d'eau chloralée et par l'application de compresses et tampons trempés dans cette solution si besoin en est, tout en prenant les précautions nécessaires.

Le titre de la solution variera suivant l'intensité des cas à traiter.

4° Dans les cas de vaginite des femmes enceintes, on redoublera de précaution pour éviter au nouveau-né l'ophtalmie purulente.

Le traitement de la mère par le chloral contribue à rendre rare l'ophtalmie des enfants.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- DEVILLE. — Arch. de méd., 1844.
- BOYS DE LOURY ET COSTILHES (1847). — Gaz. médic. de Paris, p. 576.
- SCHRODER. — Deutsche arch. f. Klin. méd., p. 516, 1874.
- SCHMOLLING. — Dissertation inaug. Berlin, 1875.
- THIBIERGE. — Arch. de médecine, 1856, p. 573-584, tome 7.
- MONTAGNARD. — Th. de Paris, 1877.
- CARL RUGE. — Zeitschr. f. Geb. und gynec., 1879.
- Bd. II, p. 29 et Bd II, p. 133.
- WINCKEL. — Arch. f. gyn. Bd II, p. 406.
- NAEKE. — id Bd IX, p. 461.
- CHENEVIÈRE. — id Bd XL, p. 351.
- ZWEIFEL. — id Bd XII, p. 39.
- EPPINGER. — Zeitschr. f. Heilk.
- HUECKEL. — Virchow's archiv. Bd XCIII : Heft. 2.
- CHIARI. — Prager Zeitschr. f. Heilk. Bd VI, p. 81.
- MARTRES. — Thèse de Montpellier, 1889.
- POZZI. — Traité de gynécologie (page 876).
- MICHAUX. — In traité de chirurgie. Tome VIII, p. 303.
- BREISKY. — (In deutsche. Chirurgie. Lief. 60).
- LEBEDEFF. — Arch. fur gynak., t. XVIII, p. 132.
- BUMM. — Arch. f. gyn. 1884. Bd XXIII, p. 327.

ERAUD. — Lyon médical, 22 juillet 1888 et Province médicale,
9 nov. 1888.

STEINSCHNEIDER. — Berliner Klin. Wochenschr., 1887,
n. 17.

FABRY. — Deutsche med. Wochenschr., 1888, n. 43.

BARBARY. — Thèse de Paris, 1895.

LEPAGE. — Fonctionnement de la maison d'accouchements
Baudelocque. Année 1893 et 1894.

